

## Merkblatt zu Pflegeversicherungsleistungen bei Inanspruchnahme einer stundenweisen Betreuungshilfe oder einer Betreuungsgruppe

- Stand: Januar 2011 -

Die beiden Leistungsarten „stundenweise“ Verhinderungspflege und zusätzliche Betreuungsleistung werden **zusätzlich** zu anderen Pflegeversicherungsleistungen erstattet also **ohne** Minderung des Pflegegeldes bzw. der Sachleistung für Pflegedienste, Tages- und Kurzzeitpflege:

Leistungsarten: Das sollten Sie wissen:	<b>„stundenweise“ Verhinderungspflege</b> nach § 39 SGB XI (1.550 € pro Jahr)	Leistungen bei hohem allgemeinem Betreuungsaufwand nach § 45b SGB XI <b>(zusätzliche Betreuungsleistung)</b> (100 € bzw. 200 € monatlich / 1.200 € bzw. 2.400 € jährlich)
<b>Verwendung der Leistungen</b>	Ersetzt werden Kosten für eine Ersatzpflegeperson wie etwa durch einen Helferkreis oder die Betreuung in Betreuungsgruppen für Demenzkranke. Wenn die „Ersatzpflege“ weniger als acht Stunden am Tag (d.h. stundenweise) geleistet wird, bleiben das Pflegegeld und die Pflegesachleistung an diesem Tag erhalten.	Die zusätzliche Betreuungsleistung kann verwendet werden für: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kostenanteile bei der Nutzung von <b>Tages-, Nacht- oder Kurzzeit-Pflege</b>, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden (Kosten für Unterkunft und Verpflegung)</li> <li>• Angebote für die <b>allgemeine Betreuung und Anleitung durch Pflegedienste</b> (<b>Achtung:</b> Grundpflegeleistungen werden nicht übernommen!)</li> </ul> Sonstige Betreuungs- und Entlastungsangebote, die anerkannt sind. Dazu gehören <b>anerkannte Helferkreis zur stundenweisen Betreuung</b> sowie <b>Betreuungsgruppen für Demenzkranke</b> .
<b>Anspruchsvoraussetzung</b>	<b>Ihr Angehöriger ist mindestens in Pflegestufe 1 und Sie haben ihn bereits ein halbes Jahr lang gepflegt.</b> (Ein Teil der Kassen setzt dies damit gleich, dass Sie bereits seit einem Jahr Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, anderen genügt es, wenn Sie im Antrag bestätigen, dass Sie bereits seit einem Jahr Ihren Angehörigen pflegen und betreuen.)	Ihr Angehöriger hat zumindest einen geringen Pflegebedarf (Hilfe beim Baden notwendig, muss zum Trinken animiert werden, o.ä.) und es wird ein hoher „allgemeinen Betreuungsbedarf“ vom Medizinischen Dienst bescheinigt. (Lesen Sie hierzu das betreffende Informationsblatt). Eine Pflegestufe muss noch nicht gegeben sein.
<b>Antrag</b>	Einigen Kassen reicht es, wenn Sie einen Betreuungsnachweis zugesandt bekommen. Andere senden Ihnen vorab noch ein eigenes Antragsformular zu, das Sie ausfüllen sollen, bevor Sie ein Angebot nutzen. Darin müssen Sie u.a. einen Grund angeben, weshalb Sie an der Pflege verhindert sind. Geben Sie am besten Ihre Belastungssituation oder einen zeitlichen Verhinderungsgrund wie etwa „Einkäufe erledigen“ oder ähnliches an.	<b>Bei einem Antrag auf Pflegeversicherungsleistungen müssen die Anspruchsvoraussetzungen automatisch mit begutachtet werden.</b> Erkundigen Sie sich einfach bei Ihrer Pflegekasse, ob Sie die Leistung erhalten. Wenn nicht, müssen Sie einen Antrag stellen. Sie können dazu den <b>Musterbrief 1</b> (auf Seite 2) verwenden. Kreuzen Sie auf der Liste im Vordruck in jedem Fall den 8. und 10. Punkt an.
<b>Abrechnungsweise</b>	Um den Zuschuss zu erhalten, ohne in Vorkasse treten zu müssen, können Sie bei einigen Leistungserbringern eine so genannte Abtretungserklärung unterschreiben. Besteht diese Möglichkeit nicht, müssen Sie die Betreuungsleistungen zunächst am Leistungserbringer bezahlen und dann dessen Belege bei der Pflegekasse mit dem <b>Musterbrief 2</b> (auf Seite 3) einreichen.	

### Welche Leistung sollten Sie zuerst in Anspruch nehmen?

Die Leistungen zur Verhinderungspflege verfallen, wenn sie bis zum Jahresende nicht ausgeschöpft werden. Die Leistungen nach § 45b SGB XI können Sie dagegen bis ins erste Halbjahr des Folgejahrs übertragen. Wenn Sie also z.B. für eine Betreuungsgruppe beide Leistungen verwenden können, ist es daher meist sinnvoller, zunächst die Verhinderungspflegeleistungen auszuschöpfen. Falls Sie jedoch die Verhinderungspflegeleistung möglicherweise noch im laufenden Jahr für eine privat organisierte stundenweise Pflegevertretung oder eine mehrtägige Pflegevertretung zu Hause für einen Pflegedienst benötigen, kann es auch sinnvoller sein, zunächst die Leistungen nach § 45b SGB XI auszuschöpfen, damit Ihnen die Verhinderungspflegeleistung erhalten bleibt.

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Name)

\_\_\_\_\_  
(Straße u. Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

**Tel.:** \_\_\_\_\_

An die Pflegekasse

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

### Antrag auf Gewährung bzw. Erhöhung Leistungen nach § 45b der Pflegeversicherung

für den Versicherten \_\_\_\_\_

(Vorname, Name)

(geboren am)

(Versicherungsnummer)

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die genannte bei Ihnen versicherte Person, die an einer Demenz erkrankt ist, besteht ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf, weil folgende Beeinträchtigungen auf sie zutreffen (angekreuzt):

<input type="checkbox"/> 1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches („Weglauftendenz“)	<input type="checkbox"/> 10. <b>Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren</b>
<input type="checkbox"/> 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	<input type="checkbox"/> 11. Verkennen von Alltagssituationen und unangemessenes Reagieren in Alltagssituationen
<input type="checkbox"/> 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen	<input type="checkbox"/> 12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten
<input type="checkbox"/> 4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation	<input type="checkbox"/> 13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit auf Grund einer therapieresistenten Depression
<input type="checkbox"/> 5. in Zusammenhang mit speziellen Situationen unangebrachtes Verhalten	
<input type="checkbox"/> 6. Unfähigkeit, die eigenen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	
<input type="checkbox"/> 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung	
<input type="checkbox"/> 8. <b>Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben</b>	
<input type="checkbox"/> 9. Störung des Tag- und Nacht-Rhythmus	

Da die Alltagskompetenz bei dem Pflegebedürftigen wegen dauerhafter und regelmäßiger Schädigungen / Fähigkeitsstörungen erheblich eingeschränkt ist, beantrage ich die zweckgebunden Leistung für Kosten eines anerkannten Betreuungsdienstes, einer Betreuungsgruppe, Tagespflege oder Kurzzeitpflege. Ich beantrage

**den Grundbetrag von 100 € monatlich** (da mindestens zwei Beeinträchtigungen der linken Spalte zutreffen)

**den erhöhten Betrag von 200 € monatlich** (da zu zwei Beeinträchtigungen der linken Spalte noch eine weitere unter 1. bis 5., 9 oder 11 genannte Beeinträchtigung hinzukommt)

Die Beispiele und Erläuterungen aus den Begutachtungsrichtlinien für den Medizinischen Dienst\* sind mir zu den angekreuzten Punkten bekannt und ich habe sie bei meiner Einschätzung berücksichtigt.

Bitte informieren Sie mich über alle Betreuungsangebote in meiner Umgebung, für die ich die beantragte Leistung nutzen kann.

Mit freundlichen Grüßen

\* siehe [www.alzheimerforum.de/2/14/1/PV-Begutachtungsrichtlinien\\_45a.pdf](http://www.alzheimerforum.de/2/14/1/PV-Begutachtungsrichtlinien_45a.pdf)

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Name)

\_\_\_\_\_  
(Straße u. Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

**Tel.:** \_\_\_\_\_

An die Pflegekasse

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

### **Antrag auf Kostenerstattung für die Inanspruchnahme von Erstattungsleistungen**

**für den Versicherten** \_\_\_\_\_

(Vorname, Name)

\_\_\_\_\_ (geboren am)

\_\_\_\_\_ (Versicherungsnummer)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Kostenerstattung für die Inanspruchnahme

zusätzlicher Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI

der „stundenweisen“ Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

(Verhinderungsgrund: notwendige Entlastung des pflegenden Angehörigen)

für den oben genannten Versicherten.

Beiliegend sende ich Ihnen einen Nachweis für die bereits erstatteten Kosten und bitte um Überweisung des Leistungsbetrags auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen

#### **Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 01.07.2008 / zu § 39 SGB XI:**

1. Allgemeines: / (1) ... Bei **stundenweiser Leistungserbringung** ist auch ein Abruf möglich. In diesen Fällen erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.470 EUR (ab 1. Januar 2010 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 1.550 EUR). Für Tage, an denen die Ersatzpflege nicht mindestens 8 Stunden erbracht wird, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen im Kalenderjahr. Das Pflegegeld wird bei stundenweiser Inanspruchnahme der Ersatzpflege von weniger als 8 Stunden täglich nicht gekürzt.
3. Anspruchsvoraussetzungen: / (2) Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird.

\_\_\_\_\_  
(Vorname und Name)

\_\_\_\_\_  
(Straße u. Haus-Nr.)

\_\_\_\_\_  
(PLZ)

\_\_\_\_\_  
(Ort)

Tel.: \_\_\_\_\_

## Nachweis zur Erstattung von Leistungen zur Verhinderungspflege

für den Versicherten \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name) (geboren am) (Versicherungsnummer)

**Verhinderungsgründe:** Entlastungsbedürfnis aufgrund der hohen Belastung durch die Pflege und Betreuung meines demenzkranken Angehörigen sowie Vertretung bei der Pflege bei wichtigen Erledigungen wie Arztbesuche, Einkäufe usw.

Zu meiner Entlastung als Hauptpflegeperson und zur Vertretung hat folgende Person Ersatzpflege geleistet:

Name und Anschrift der Ersatzpflegeperson: _____ _____ _____	Name des Pflegebedürftigen: _____  Versichertennummer: _____
---	--

Die Ersatzpflegeperson hat zu folgenden Zeiten die Betreuung und Pflege meines Angehörigen übernommen:

Datum:	Dauer (Minuten)

Summe: \_\_\_\_\_

Datum:	Dauer (Minuten)

Summe: \_\_\_\_\_

Datum:	Dauer (Minuten)

Summe: \_\_\_\_\_

Gesamtzeit der geleisteten Verhinderungspflege: \_\_\_\_\_ Minuten entspricht \_\_\_\_\_ Stunden

Pro Stunde erhält die Ersatzpflegeperson ein Entgelt / Aufwandsentschädigung von \_\_\_\_\_ €

Für die Ersatzpflege hat die Ersatzpflegeperson einen Gesamtbetrag von \_\_\_\_\_ € erhalten.

Betrag dankend erhalten: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Ersatzpflegeperson

### **Gemeinsames Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 01.07.2008 / zu § 39 SGB XI:**

1. Allgemeines: / (1) ... Bei **stundenweiser Leistungserbringung** ist auch ein Abruf möglich. In diesen Fällen erfolgt ausschließlich eine Anrechnung auf den Höchstbetrag von 1.470 EUR (ab 1. Januar 2010 1.510 EUR, ab 1. Januar 2012 1.550 EUR). Für Tage, an denen die Ersatzpflege nicht mindestens 8 Stunden erbracht wird, erfolgt keine Anrechnung auf die Höchstdauer von 28 Tagen im Kalenderjahr. Das Pflegegeld wird bei stundenweiser Inanspruchnahme der Ersatzpflege von weniger als 8 Stunden täglich nicht gekürzt.
3. Anspruchsvoraussetzungen: / (2) Anspruchsvoraussetzung ist nicht, dass die Leistung im Voraus beantragt wird.